

## PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA (TAP) – APLICACIÓN PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS

**Por Favor Lea Todas las Instrucciones Antes de Completar**

Para ser elegible para el programa de descuento TAP, debe existir una necesidad médica de un teléfono en el hogar y estar en o por debajo de los índices federales de pobreza indicados en la tabla de ingresos que aparece más abajo. El formulario de confirmación médica incluido en esta solicitud debe ser completado y enviado junto con esta solicitud.

Por favor responda de forma completa. Respuestas incorrectas o incompletas pueden provocar que su aplicación sea rechazada. La información en esta aplicación sólo será utilizada para evaluar su elegibilidad para Asistencia de TAP.

**TOME EN CUENTA:** Para fines de este formulario, al programa TAP se hará referencia como Lifeline. **La información proporcionada a continuación debe ser la del titular de la cuenta.**

Número de Teléfono		# de Cuenta Existente	
Nombre (No Iniciales)		Apellido	
Dirección donde se localiza el servicio (No se permite casilleros postales)		Ciudad	Estado
Marque aquí si es una dirección temporal <input type="checkbox"/>		Código Postal	
Check here if you participate in the Address Confidentiality Program <input type="checkbox"/>	Dirección de Facturación, Ciudad, Estado y Código Postal (Si es diferente de la Dirección del Servicio) (Se permite casilleros postales)		
Número de Seguro Social		O Últimos cuatro dígitos de Número de Identificación Tribal	
Fecha de nacimiento	Discapacitado: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Sin hogar: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Fecha de aplicación		Dirección de correo electrónico	
<b>SÓLO PARA USO DE DES/AGENCIA</b>			
No. de Identificación del Trabajador	Código del Lugar	No. de Serie	

**LINEAMIENTOS DE INGRESOS:** **Documentación que se requiere** POR FAVOR MARQUE la casilla correspondiente en la tabla de ingresos y proporcione el ingreso mensual real más abajo. Por favor indique el número de miembros del hogar si es mayor de 5.

Personas en el Hogar	SI SU INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR ES <u>IGUAL O INFERIOR</u> A LOS MONTOS INDICADOS, QUE SON: <b>TAP</b> 150 % de Nivel Federal de Pobreza
1 <input type="checkbox"/>	\$17,508
2 <input type="checkbox"/>	\$23,592
3 <input type="checkbox"/>	\$29,688
4 <input type="checkbox"/>	\$35,772
5 <input type="checkbox"/>	\$41,868
Por cada miembro adicional en el hogar agregue	\$6096
Número de personas en el hogar es mayor de 5: _____	Ingreso Mensual Real del Hogar: \$ _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR				
Número de Seguro Social	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial de Segundo Nombre)	Sexo	Fecha de Nacimiento	*Código Étnico
APLICANTE 1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 3.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 4.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 5.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 6.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 7.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 8.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 9.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
MIEMBRO DEL HOGAR 10.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

**\*Códigos Étnicos**

Blanco	1
Negro	2
Nativo Amer.	3
Hispano	4
Asiático	5
Otro	6

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA  
DIVISIÓN PARA ANCIANOS Y SERVICIOS PARA ADULTOS

**PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA (TAP) - Formulario de Confirmación Médica**

El Departamento de Seguridad Económica, la Comisión de Sociedades Anónimas y CenturyLink en forma conjunta administran un programa de asistencia telefónica en el estado de Arizona. El programa ofrece asistencia a las personas de bajos ingresos con una necesidad médica. El proceso de solicitud se lleva a cabo conjuntamente por el Departamento de Seguridad Económica y agencias voluntarias locales. El programa proporciona la tarifa mensual básica, y asiste con los costos de instalación si es necesario. Solicitamos su ayuda para determinar la necesidad médica con el fin de que el hogar pueda calificar para este beneficio.

<b>SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DEL MÉDICO CONFIRMACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA</b>	
Nombre del paciente	No. de teléfono
Dirección del paciente (No. Calle Apt#)	
(Ciudad)	(Estado, Código Postal)
Firma del Paciente	Fecha:
El paciente tiene una condición médica que requiere un teléfono en el hogar. La condición de salud requerirá la disponibilidad de un teléfono por aproximadamente:	
<input type="checkbox"/> Hasta un año	<input type="checkbox"/> Dos años o menos
<input type="checkbox"/> Tres años	
Nombre del Médico	No. de Teléfono
Dirección del Médico (No., Calle)	
(Ciudad)	(Estado, Código Postal)
Firma del Médico	Fecha:
<b>SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA DES, CENTRO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA O PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIA (CAP)</b>	
SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> La casa tiene cableado para el servicio telefónico.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido la casa una línea fija de servicio telefónico en los últimos 90 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> La declaración firmada del médico indica la necesidad médica del solicitante.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> La declaración firmada del médico indica la crisis médica del solicitante.
La necesidad médica durará ( <i>Marque la casilla apropiada</i> )	
<input type="checkbox"/> Hasta un año <input type="checkbox"/> Dos años o menos <input type="checkbox"/> Tres años	
SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El trabajador de este caso está proporcionando certificación para TAP? ( <i>Certificación del Trabajador es válida sólo por 1 año</i> )
Firma del Trabajador	Fecha:
<b>Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame a la oficina de TAP al 542-4446 o 1-800-582-5706. ESTE FORMULARIO ES VÁLIDO SÓLO POR 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE FIRMA DEL MÉDICO. POR FAVOR INCLUYA ESTE FORMULARIO CON SU APLICACIÓN.</b>	

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA LIFELINE ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN:**

- Lifeline es un beneficio federal y hacer declaraciones falsas intencionalmente para obtener el beneficio puede resultar en multas, encarcelamiento, ser excluido de la suscripción o ser eliminado del programa.
- Sólo un servicio Lifeline está disponible por hogar. Para los fines del programa Lifeline un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos.
- Un hogar no está autorizado para recibir asistencia de Lifeline de múltiples proveedores de servicios telefónicos. Esto incluye tanto proveedores de servicios móviles como de línea fija.
- Entiendo que si estoy recibiendo actualmente beneficios de Lifeline de otra compañía, mediante la presentación de este formulario estoy de acuerdo con suspender la recepción que otras compañías se benefician y en lugar de recibir mi uno de los beneficios Lifeline de CenturyLink.
- La violación de la limitación de un servicio por hogar constituye una violación de las normas de la Comisión Federal de Comunicaciones y dará lugar a que el suscriptor sea excluido del programa y a que potencialmente sea perseguido por el gobierno de los EE.UU.
- Lifeline es un beneficio no transferible y el suscriptor no podrá transferir su beneficio a ninguna otra persona.

**CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CERTIFICACIONES DEBE ESTAR MARCADA PARA PODER RECIBIR LIFELINE. SI ALGUNA DE LAS CERTIFICACIONES SIGUIENTES NO ES MARCADA, SU FORMULARIO DE APLICACIÓN SERÁ RECHAZADO.**

**Certifico, bajo pena de perjurio, que:**

**MARQUE CADA CASILLA**

- Entiendo y doy mi consentimiento a CenturyLink para proporcionar la información de la cuenta de mi servicio Lifeline, incluyendo pero no limitado a, mi nombre, dirección residencial, número de teléfono, fecha de nacimiento; últimos 4 dígitos de mi número de seguro social, fecha en la que mi servicio Lifeline comenzó/terminó, cantidad de asistencia proporcionada por Lifeline, y los medios por los cuales he calificado para Lifeline, a la Compañía de Servicio Universal Administrativo (USAC), agentes de USAC y/o la Base de Datos Nacional de Reclamos de Lifeline para garantizar la correcta administración del programa Lifeline. Entiendo que si no doy este consentimiento, CenturyLink me negará el servicio Lifeline.
- Mi hogar cumple con los criterios de elegibilidad basados en programas o en ingresos según lo indicado anteriormente.
- Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si por alguna razón mi hogar ya no cumple los criterios para recibir asistencia de Lifeline. Esto incluye si ya no cumplo con los criterios basados en ingresos o en programas para recibir asistencia de Lifeline, si estoy recibiendo más de un beneficio de Lifeline, si otro miembro de mi hogar está recibiendo un beneficio de Lifeline, o si por cualquier otra razón, mi hogar ya no satisface los criterios para recibir asistencia de Lifeline. El no notificar a CenturyLink puede resultar en multas y en ser eliminado del programa.
- Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si me mudo a una nueva dirección.
- Sólo un beneficio del servicio Lifeline está disponible por hogar. A mi leal saber y entender, mi familia no está recibiendo ya un servicio de Lifeline.
- Entiendo que mi servicio Lifeline de CenturyLink no es transferible. No podré transferir mi servicio a otra persona, incluyendo a otro consumidor de bajos ingresos que sea elegible.
- Entiendo que el proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir asistencia de Lifeline es penado por la ley.
- Entiendo que puedo ser requerido para volver a certificar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de Lifeline en cualquier momento y que la imposibilidad de volver a certificar mi elegibilidad continua resultará en la eliminación de la suscripción y la terminación de asistencia de Lifeline para mi hogar.
- La información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Aplicante para el Programa Lifeline (Debe ser el titular de la cuenta de CenturyLink que aparece en la parte superior de la página uno)**

**Por favor envíe esta aplicación completa y los documentos de apoyo a:**  
**Arizona Department of Economic Security –**  
**Division of Aging and Adult Services**  
**Practices Lifeline Telephone Discount Program – 950A**  
**P.O. Box 6123**  
**Phoenix, AZ 85005-6123**

**Si tiene preguntas acerca de TAP, por favor llame a DES-DAAS al 1-602-542-4446 o al 1-800-582-5706**

**Lista de Requisitos para la Aplicación - Por favor proporcione lo siguiente:**

1. Formulario de aplicación para TAP completado y firmado. Nombre del solicitante debe ser titular de la Cuenta Nombre.
2. Prueba de ingresos de los pasados 30 días.
3. Verificación de los Números de Seguro Social de todos los miembros adultos (mayores de 18 años) del hogar.
4. Confirmación del formulario de Necesidad Médica firmado por un médico, estableciendo una necesidad médica.

**Por favor complete y envíe la Hoja de Trabajo sobre Hogares que aparece más abajo. Esto nos ayudará a responder con prontitud su solicitud de beneficios de Lifeline. ESTA PAGINA SE DEBE DE LLENAR**

1. En algunas direcciones hay varios hogares individuales. Un hogar se define como un grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección, y que comparten ingresos y gastos. Por ejemplo, los apartamentos en un edificio de apartamentos suelen ser hogares independientes. Las personas que viven en un hogar de ancianos pueden ser consideradas hogares independientes. ¿Hay adultos viviendo en su dirección que no son parte de su hogar?  **SÍ**  **NO**
  - Sí marcó **SÍ**, por favor lea y escriba sus iniciales en la línea A en la casilla de certificación a continuación. Después, continúe con la pregunta #2.
  - Sí marcó **NO**, por favor continúe con la pregunta #2.
2. ¿Además de usted, hay individuos viviendo en su dirección que son parte de su hogar? Puede incluir su esposo(a), pareja de hecho, un familiar adulto, o un compañero de cuarto.  **SÍ**  **NO**
  - Sí marcó **SÍ**, por favor continúe con la pregunta #3.
  - Sí marcó **NO**, no necesita responder las preguntas restantes. Por favor lea y escriba sus iniciales en la línea B en el cuadro de certificación más abajo, y firme y escriba la fecha en la hoja de trabajo.
3. ¿Algún miembro de su familia, incluyéndolo a usted, actualmente recibe descuentos de Lifeline en otro teléfono fijo o móvil?  **SÍ**  **NO**
  - Sí marcó **SÍ**, su hogar no es elegible para otro descuento de Lifeline. Por favor no envíe esta aplicación. Si los otros descuentos de Lifeline son descontinuados, usted puede enviar una aplicación en ese momento.
  - Sí marcó **NO**, por favor escriba sus iniciales en la línea B a continuación, y firme y escriba la fecha en la hoja de trabajo y devuélvala por correo.

**CERTIFICACIÓN**

*Por favor escriba sus iniciales en las siguientes certificaciones basado en sus respuestas a las tres preguntas anteriores, firme y escriba la fecha en esta hoja de trabajo*

- A.  *Certifico que vivo en una dirección ocupada por hogares múltiples.*
- B.  *Entiendo que la violación del requisito de un servicio por hogar está en contra de las reglas de la Comisión Federal de Comunicaciones y puede resultar en la pérdida de mis beneficios de Lifeline y, potencialmente, en el procesamiento por el gobierno de los Estados Unidos.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Para propósitos del programa Lifeline, un hogar se define como un individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y que comparten ingresos y gastos.